



CENTRE HOSPITALIER REGIONAL UNIVERSITAIRE DE NANCY
INSTITUT REGIONAL DE FORMATION DES AMBULANCIERS
1 rue Joseph CUGNOT 54035 NANCY cedex
Courriel : irfa@chru-nancy.fr

Directeur Jean-Joseph SCHALK

ACTE D'ENGAGEMENT FINANCIER

Je soussigné(e)
Demeurant à l'adresse suivante :
.....
.....

Né(e) le : à :

Demande mon inscription à l'Institut Régional de Formation des Ambulanciers pour suivre la formation :

Auxiliaire Ambulancier

Session duau20.....

Je reconnais avoir été informé que le coût de cette formation, fixé par arrêté du Directeur Général du Centre Hospitalier Universitaire du Nancy, s'établit, à la somme de :

735 €uros (Sept Cent Trente Cinq €uros)

Que je m'engage à payer à réception d'un avis des sommes à payer à :

Trésorerie Principale de Nancy
Centre Hospitalier Universitaire de Nancy
47 bis Avenue de Lattre de Tassigny
54035 NANCY Cedex

Si d'autres organismes devaient financer tout ou partie de cette scolarité, un titre de recettes au nom de l'organisme payeur serait réalisé, à réception de la convention signée, pour le montant de sa participation, et un avis de somme à payer adressé directement à ce dernier.

En cas d'interruption de scolarité pour cas de force majeure, les frais de scolarité seront exigibles proportionnellement au temps de présence de l'élève durant sa formation. Pour tout autre motif d'interruption, hors cas de force majeure, les frais de scolarité restent dus en totalité.

A : , le :

Signature suivie de la mention
« Lu et approuvé »